



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2014

---

## **Nachfragen und das Gespräch suchen. Beihilfe zum Suizid: Rolle der Pflegefachpersonen und Institutionen**

Schaffert-Witvliet, B ; Bongard-Félix, C ; Klein-Remane, U ; Monteverde, Settimio ; Wälti-Bolliger, M

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-103817>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Schaffert-Witvliet, B; Bongard-Félix, C; Klein-Remane, U; Monteverde, Settimio; Wälti-Bolliger, M (2014). Nachfragen und das Gespräch suchen. Beihilfe zum Suizid: Rolle der Pflegefachpersonen und Institutionen. *Krankenpflege. Soins infirmiers*, 2014(11):14-17.

Beihilfe zum Suizid: Rolle der Pflegefachpersonen und der Institutionen

# Nachfragen und das Gespräch suchen

Die Beihilfe zum Suizid konfrontiert Pflegende mit schwierigen emotionalen Erfahrungen und ethisch-moralischen Fragen. Welches sind die Aufgaben und das korrekte Vorgehen bei der Betreuung und Pflege dieser Patienten und ihren Angehörigen? Welche Schwierigkeiten stellen sich in der Praxis, welche Unterstützung können die Führungspersonen und die Institutionen bieten?

**Text:** Bianca Schaffert-Witvliet, Christine Bongard-Félix, Ursula Klein-Remane, Settimio Monteverde, Marianne Wälti-Bolliger

**Fotos:** Martin Glauser, Photothek

Der assistierte Suizid hat 2013 in der Schweiz auf über 460 Fälle zugenommen (Zahlen EXIT und DIGNITAS, 2013). Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegende<sup>1</sup> während ihrer alltäglichen Arbeit Patientinnen<sup>2</sup>, die mit assistiertem Suizid sterben möchten, und deren Angehörige pflegen und betreuen.

Am SBK-Kongress 2014 bot die Ethikkommission des SBK den Workshop «Begleitung beim assistierten Suizid – Belas-

1. Eine Patientin, die gerade sehr unter Symptomen der Erkrankung wie Atemnot, Schmerzen, Abhängigkeit oder Verlusten leidet, fragt eine Pflegende, ob sie ihr beim Sterben helfen könne.
2. Eine Patientin oder ein Patient hat schon länger über die Möglichkeit nachgedacht, das Leben zu dem Zeitpunkt und unter den Umständen zu beenden, die sie oder er selber festlegt und hat sich entschlossen dies umzu-

ten Fall ist es wichtig nachzufragen, was den Wunsch zu sterben auslöst und was hinter dieser Bitte steckt, um dann gemeinsam zu überlegen, wie das akute Symptom/Problem gezielt angegangen werden kann. Die Bitte nach Hilfe zum Sterben kann ein Hilfeschrei sein, der anzeigt, dass der Mensch es nicht mehr aushält oder so nicht mehr weiter leben mag. Wird das auslösende Problem angegangen und fühlt sich die anfragende Person ernst genommen, tritt – so die Erfahrung vieler Pflegefachpersonen – der Wunsch zu sterben häufig, wenn auch nicht immer, in den Hintergrund. In vielen Situationen ist es schon hilfreich, dass das schwierige Problem von der Patientin ausgesprochen und dann angegangen wird.

Manchmal liegen schwierig zu behandelnde Symptome vor, die den Einsatz eines interdisziplinären oder eines spezialisierten Palliative Care Teams erfordern. Auch ein grösserer medizinischer Eingriff wie die operativ wiederhergestellte Durchgängigkeit eines Gallengangs, eine Knochenfixierung oder eine palliative Sedation kann sinnvoll sein. Pflegende können im Gespräch fachliche Möglichkeiten der Symptomlinderung und der Palliative Care ansprechen.

In der Praxis befinden sich Pflegefachpersonen ab und zu in einer Fürsprecherinnenrolle für die Anliegen des Patienten. Diese Rolle können Pflegefachpersonen

*«Menschen, die einen Suizid planen, werden bis zum Moment des Suizids im Sinne der Sterbegleitung mit derselben hohen Pflegequalität gepflegt wie alle anderen Menschen.»*

tung für die Pflegenden» an. Die teilnehmenden Pflegefachpersonen schilderten ihre Erfahrungen dazu. Sie erzählten, dass die Betreuung von Menschen, die mit Beihilfe zum Suizid sterben, viele fundamentale Fragen aufwirft: zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen, zu ihrem Pflegeverständnis und was in diesen Situationen gute Pflege ist.

## Auftrag der Pflege

Pflegende werden meistens auf eine der folgenden Arten mit dem assistierten Suizid konfrontiert.

setzen. Häufig leiden diese Menschen an fortschreitenden und/oder chronischen Erkrankungen mit schwerwiegenden Behinderungen und körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen.

3. Eine Patientin verzichtet freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit und erklärt dies damit, dass sie den Tod so herbeiführen möchte.

Wie sollen Pflegefachpersonen in solchen Situationen reagieren?

In allen Fällen geht es zuerst darum, mehr Informationen zu erhalten. Im ers-

als sehr belastend empfinden, wenn sie den Eindruck haben, bei der Unterstützung und Umsetzung der Anliegen von Patientinnen auf Widerstand zu stossen.

### Haltung im Gespräch

Ist ein Mensch entschlossen, sein Leben zu beenden, ist es wichtig zu erfahren, wie er seine Situation erlebt, was seine Werte im Leben sind und warum er zu dieser Entscheidung gekommen ist. Die Haltung der Pflegefachperson im Gespräch sollte offen, unvoreingenommen und vom Interesse am anderen Menschen und seiner Lebenssituation geprägt sein. Pflegefachpersonen können auch kritische Fragen zum Beispiel nach der Bedeutung der Situation für die Angehörigen stellen, nicht mit dem Ziel, den Menschen umzustimmen, sondern in der Absicht, ihn und seine Angehörigen gut zu betreuen. Die meisten Patienten schätzen es, dass sich jemand für ihr Leben und ihre Wertvorstellungen interessiert und ihnen zuhört.

Ein solches Gespräch hilft Pflegefachpersonen, die Situation der Patientin besser zu verstehen, ihren Wunsch einzuordnen und im Rahmen geltender Rechts- und ethischer Berufsnormen zu respektieren, auch wenn er mit eigenen Wertvorstellungen nicht vereinbar ist. Nicht hilfreich, aber gemäss den Teilnehmenden am Workshop häufig, ist es, den assistierten Suizid nicht anzusprechen. Dies kann aus falscher Rücksicht geschehen oder weil die Pflegefachpersonen es zu schwierig oder falsch finden, das Thema anzusprechen. Das führt zu Situationen, in denen sich beide – Patient und Pflegendе – unangenehm fühlen, weil beide «irgendwie wissen», worum es geht, aber keiner sich traut das Thema anzusprechen.

Steht der Entschluss des Menschen für einen assistierten Suizid fest, bestehen die Aufgaben der Pflege und der pflegerischen Beziehungsgestaltung weiterhin: Nachfragen, was das Leben des Men-



Ist ein Mensch entschlossen, sein Leben zu beenden, ist es wichtig zu erfahren, wie er seine Situation erlebt, was seine Werte im Leben sind und warum er zu dieser Entscheidung gekommen ist.

schen und seine Situation aktuell erleichtern oder lindern kann und entsprechende Massnahmen umsetzen. Menschen, die einen Suizid planen, werden bis zum Moment des Suizids im Sinne der Sterbebegleitung mit derselben hohen Pflegequalität gepflegt wie alle anderen Menschen.

### Was nicht tun

Was sollen und können Pflegendе beim assistierten Suizid nicht tun? Pflegefachpersonen haben die autonome Entschei-

dung des Menschen zu akzeptieren. Das heisst auf der einen Seite dürfen Pflegefachpersonen Menschen nicht mit moralischen Argumenten vom Suizid abhalten oder ihnen den Zugang zu Informationen oder zu Möglichkeiten der Durchführung verwehren. Eine solche Haltung widerspricht der Gesetzeslage in der Schweiz und trägt der hohen Gewichtung des ethischen Prinzips der Autonomie ungenügend Rechnung. Auf der anderen Seite sollen Pflegefachpersonen den assistierten Suizid nicht un-

<sup>1</sup> In diesem Text wird nach Pflegenden und Pflegefachpersonen unterschieden. Mit Pflegenden sind jeweils alle Mitglieder der Pflegeteams gemeint, da meistens alle unabhängig von Ausbildung und Funktion von Fragen und Emotionen betroffen sind. Mit Pflegefachpersonen sind alle dipl. Pflegefachfrauen und -männer gemeint. Ihre Aufgabe ist es, die Pflege auch in diesen Situationen gemäss Pflegeprozess systematisch zu steuern.

<sup>2</sup> Um die Lesbarkeit zu vereinfachen ist mit der weiblichen Form die männliche mitgemeint und umgekehrt.

## Definitionen

## Die Begriffe

Als **Sterbebegleitung** werden alle Handlungen bezeichnet, die mit der Begleitung, Unterstützung und Pflege sterbender Menschen zu tun haben, dazu gehören zum Beispiel die Körperpflege sterbender Menschen oder Informationen an Patienten und Angehörige zum Sterbeprozess.

**Passive Sterbehilfe** bezeichnet den Verzicht oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. Diese Form der Sterbehilfe ist in der Schweiz nicht ausdrücklich geregelt. Mit der stärkeren Gewichtung der Patientenverfügung im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht hat sie in Einklang mit den Wünschen des Patienten an rechtlicher Grundlage gewonnen.

Die **indirekt aktive Sterbehilfe** bezeichnet die Situation, in der schweres Leiden mit meist starken und/oder hoch dosierten Medikamenten behandelt wird, in der Absicht das Leiden zu lindern, unter Inkaufnahme eines frühzeitig eintretenden Todes. Bezüglich hochdosierter Opiate gibt es Hinweise, dass diese eher lebensverlängernd als verkürzend wirken (Azoulay et al., 2011; Bengoechea et al., 2010). Diese Form der Sterbehilfe ist in der Schweiz nicht ausdrücklich geregelt, aber etablierte Praxis.

**Beihilfe zum Suizid/assistierter Suizid** heisst, einem urteilsfähigen Menschen, der seinem Leben ein Ende setzen möchte, die dafür erforderlichen Mittel zu beschaffen. Die sterbewillige Person muss das todbringende Mittel selbst anwenden, z.B. an den Mund führen und schlucken oder sich spritzen. Diese Form der Sterbehilfe ist in der Schweiz straffrei, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven geschieht. **Aktive Sterbehilfe** wird auch als **Euthanasie** bezeichnet. Sie bedeutet eine Person auf deren Wunsch hin zu töten, um einem unerträglichen Leiden ein Ende zu setzen, oder aber jemanden aus Mitleid zu töten – auch ohne dessen ausdrücklichen Wunsch. Die aktive Sterbehilfe wird in der Schweiz als vorsätzliche Tötung angesehen und ist strafbar. In den Niederlanden und in Belgien ist sie unter bestimmten Bedingungen erlaubt.

kritisch als «gute Lösung» propagieren oder den Suizid in ihrer Rolle als Pflegefachperson unterstützen oder assistieren. Auftrag der Pflege ist die Begleitung von Menschen auf ihrem Weg und nicht das Zeigen einer Lösung, die für den Patienten nicht sicher die beste ist. Wer Beihilfe im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten leisten möchte, kann das nur als Privatperson im nicht-beruflichen Umfeld tun.

Handlungen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid können weder von einem Arzt noch von den Mitarbeitern einer Sterbehilfeorganisation an Pflegefachpersonen delegiert werden (SBK, 2005).

### Den Angehörigen zuhören

Für die Angehörige ist die Situation, einen nahe stehenden Menschen bei und während eines assistierten Suizids zu begleiten, oft sehr schwierig. Zur emotionalen Belastung, jemanden Nahestehenden leiden und sterben zu sehen, kommt dazu, dass Angehörige oft in die Organisation des Suizids eingebunden sind (Gamondi et al., 2013; Pott et al., 2013). Manchmal leben sie in einem sozialen Umfeld, in dem Suizid tabuisiert ist, so dass nur ganz enge Vertrauenspersonen um den Suizid wissen dürfen und sie nicht mit Freunden oder weiteren Verwandten über das reden können, was sie gerade zutiefst bewegt und belastet (Gamondi et al., 2013). Angehörige können sich dem assistierten Suizid und den damit einhergehenden Belastungen kaum entziehen, auch wenn es ihnen zu viel wird.

Die Pflege und Betreuung von Angehörigen ist Teil der professionellen Pflege. Auftrag von Pflegefachpersonen ist es, Angehörige auf das Thema anzusprechen, offen zu fragen, wie sie die Situation erleben und ob es etwas gibt, das sie als Pflegefachpersonen für sie tun können. Angehörigen hilft es, wenn eine Pflegefachperson zuhört und sie offen über das reden können, was sie belastet, insbesondere wenn sie dabei nicht auf Vorurteile oder Verurteilung stossen. Es kann hilfreich sein, wenn Pflegefachpersonen die ambivalenten Gefühle der Angehörigen für den assistierten Suizid empathisch anerkennen. Pflegende können bei Bedarf auf weitere Gesprächsangebote hinweisen, zum Beispiel auf Seelsorger oder psychosoziale Beratungsdienste.

### Unterstützung der Pflegenden

Wie die Diskussionen am SBK-Kongress zeigten, fühlen sich Pflegenden bei der Pflege von Patienten, die mit assistiertem Suizid sterben möchten, häufig alleine gelassen und hilflos. Sie stellen sich grundlegende Fragen dazu, ob sie bei ihren Patientinnen diese Sterbeform «zulassen» können, weil der Suizid mit ihrem Verständnis von Pflege in der Endphase des Lebens kollidiert oder weil sie finden, es sei nicht Sache des Menschen zu bestimmen, wann und unter welchen Umständen er stirbt. Einige Pflegenden erleben den Suizid der von ihnen manchmal über Jahre betreuten Patienten als geringschätzend ihnen oder den Angehörigen gegenüber, wenn sich die Patientinnen nicht fragen, was ihr Entscheid für diejenigen bedeutet, die diesen Entscheid mittragen müssen.

Die Pflegefachpersonen am Kongress berichteten, dass ihnen oftmals die Sprache fehlte, um ihren Kolleginnen gegenüber auszudrücken, was sie in diesen Situationen empfinden und was sie

### Autorinnen und Autoren

**Bianca Schaffert-Witvliet**, MSN, RN, Präsidentin der Ethikkommission des SBK, Pflegeexpertin Spital Limmattal, Schlieren

Kontakt: bianca.schaffert@gmx.ch

**Christine Bongard-Félix**, ID, MPh, Mitglied der Ethikkommission des SBK, Professorin an und Verantwortliche für den Bereich klinische Ethik an der Fachhochschule Gesundheit La Source, Lausanne.

**Ursula Klein-Remane** Dipl.-Pflegewirtin (FH), MAS FHO in Palliative Care, RN, Mitglied der Ethikkommission des SBK. Pflegeexpertin bei der Spitex Zürich Limmat, Fachstelle Palliative Care.

**Settimio Monteverde**, MME, MAE, Lic. Theol., RN, Mitglied der zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Vertretung SBK) und Dozent an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit.

**Marianne Wälti-Bolliger** MScN, RN, Mitglied der Ethikkommission des SBK, Mitglied der zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (Vertretung SBK), professeure HES an der Haute école de santé Arc, Delémont.



beschäftigt. Sie fühlten sich von den Führungsverantwortlichen der Institutionen alleine gelassen, die ihre seelische Not nicht erkannten oder nicht darauf eingingen. Es wurde über Situationen berichtet, in denen Fachpersonen Gesundheit oder Studierende ohne weitere Erklärungen oder Unterstützung mit der Pflege von Patienten kurz vor dem Vollzug des assistierten Suizids betraut wurden.

### Pflegende: Selber aktiv werden

Pflegende können sich vor der Anstellung das Pflegeleitbild und falls vorhanden, die Leitlinien zum Umgang mit assistiertem Suizid von der zukünftigen Arbeitgeberin geben lassen. Wenn diese den assistierten Suizid zulässt, die Pflegenden aber schwerwiegende moralische Widerstände und Einwände wahrnimmt, soll sie diese offen ansprechen. Ziel ist es, dass sie nicht zu Handlungen gezwungen wird, die gegen ihre Gewissensüberzeugung verstossen. Hier geht es nicht um den Akt an sich, sondern um Vorbereitungshandlungen wie den Besuch von Mitgliedern einer Sterbehilfeorganisation. Kommt die Pflegenden nach offenen Gesprächen zum Schluss, dass sie die Handlungsweise der Institution nicht mittragen kann, soll sie sich eine Anstellung gut überlegen und diese Aspekte in ihre Entscheidung miteinbeziehen.

Pflegende können ihre moralisch-ethischen Überlegungen bei Teammitgliedern und Vorgesetzten ansprechen und um eine ethische Fallbesprechung, ein Ethikonsil oder Supervision bitten.

### Rolle der Institutionen

In den Diskussionen am SBK-Kongress zeigte sich, dass Institutionen sehr viel tun können und teilweise schon tun, um die Situation der bei ihnen angestellten Pflegenden bei der Betreuung von Patienten, die mit assistiertem Suizid versterben, zu gestalten, zu erleichtern und gegebenenfalls zu entschärfen. Dazu gehören:

- Die Haltung innerhalb der Institution: Der Sinn und die Folgen von invasiven Massnahmen wird thematisiert und darf von allen Teammitgliedern hinterfragt werden. Medizinisch sinnlose Massnahmen, als «futility» bezeichnet, werden abgebrochen. Palliative Care und ihre Ziele haben innerhalb des Therapieangebots einen gleich hohen



Pflegefachpersonen dürfen Menschen nicht mit moralischen Argumenten vom Suizid abhalten oder ihnen den Zugang zu Informationen oder zu Möglichkeiten der Durchführung verwehren.

Stellenwert wie Therapieangebote, die der Heilung dienen.

- Die Institution erstellt Richtlinien, wie sie mit dem assistierten Suizid umgeht. Diese führen dazu, dass sich die Institution bereits vor dem Auftreten des ersten Falls mit dem Thema auseinandersetzt und in Ruhe die Haltung von Führung und Mitarbeitern dazu aufeinander abstimmen kann. Taucht der Wunsch bei einer Patientin konkret auf, erleichtern die Richtlinien das weitere Vorgehen.
- Auch wenn Richtlinien bestehen, ist es bei jeder neuen Situation wichtig, dass die Institutionsleitung oder eine Ethikkommission die Situation anschaut und die Vorgehensweise besprochen wird bzw. die Zusage bestätigt, dass der Patient mit assistiertem Suizid sterben kann, weil er die in den Richtlinien genannten Bedingungen erfüllt.
- Die Organisation von Fallbesprechungen oder Supervisionen. Sie signalisieren den betroffenen Pflegenden, dass ihre Anliegen ernst genommen werden und geben diesen die Möglichkeit, ihre Belastungen, Gefühle und Dilemmata auszudrücken.
- Führungspersonen schicken keine Mitglieder ihrer Teams alleine in Situationen, denen sie nicht gewachsen sind.

### Referenzen

- Azoulay D., Jacobs J.M., Mor E.E. & Stessman J.** (2011). Opioids, survival, and advanced cancer in hospice setting. *Journal of the American Medical Director's Association*, 12(2): 129–34.
- Bengochea I., Gutiérrez S.G., Vrotsou K., Onaíndia M.J. & Lopez J.M.** (2010). Opioid use at the end of life and survival in a hospital and home unit. *Journal of Palliative Medicine*, 13(9): 1079–1083.
- EJPD** (2013). Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung. [www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/themen/gesellschaft/ref\\_gesetzgebung/ref\\_abgeschlossene\\_projekte0/ref\\_sterbehilfe/ref\\_formen\\_der\\_sterbehilfe.html](http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/themen/gesellschaft/ref_gesetzgebung/ref_abgeschlossene_projekte0/ref_sterbehilfe/ref_formen_der_sterbehilfe.html) (Abruf 20–07–2014).
- Gamondi C., Pott M., Forbes K., Payne S.** (2013). Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*, 0: 1–7.
- Pott M., von Baalmoos C., Dubois J., Gamondi C.** (2014). Négocier sa participation à une assistance au suicide en Suisse. *Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Éthique*, 13: 68–76.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer.** (2005). Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags. *Ethischer Standpunkt Nummer 1*. Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer: Bern.